

**Formulario de solicitud del Programa Ryan White Parte B (Febrero de 2018)**

**Office Use Only:** CM Agency:  C1A  UAF Assisted Client with Application: \_\_\_\_\_  
**Case Manager** Contact for Application Follow-Up: \_\_\_\_\_  
 DPI  MP  Employer  COBRA  Medicare Part D  ADAP-M  CM Only  
 Supportive Service(s): \_\_\_\_\_  
Application Reason *select one or more:*  
 Establishing Care  Lost Medicaid  Seeking Supportive Service(s)  
 New to Medications  Newly Unemployed  Other \_\_\_\_\_  
 New Diagnosis  Previously Over Income \_\_\_\_\_  
 New to Utah  Recently Released from Prison \_\_\_\_\_  
 Request to Expedite by: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**1. Info. del solicitante** Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C1A MRN: \_\_\_\_\_  UAF no aplica  
Nombre legal (Apellido, primer y segundo nombre): \_\_\_\_\_ Sexo de nacimiento:  Masculino  Femenino  
Nombre predilecto: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  NA  Negado  
Género actual:  Masculino  Femenino  Transgénero (Masc. a fem.)  Transgénero (Fem. a masc.)  Negado  
Raza, *seleccione una o más:*  Blanco  Negro o Afroamericano  Asiático  
 Indoamericano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  
Etnia *seleccione una:*  No hispano / latino/a o de origen español  Hispano / latino/a o de origen español  
Subgrupos de raza y etnia *seleccione uno o más:*  
 Estos subgrupos de raza y etnia  Hispano:  Asiático:  Nativo de Hawái u otro tipo de isleño del Pacífico:  
 Mexicano, Chicano/a  Indio asiático  Coreano  Nativo de Hawái  
 Puertorriqueño  Chino  Vietnamita  Guameño o chamorro  
 Cubano  Filipino  Otro tipo de asiático  Samoano  
 Otro tipo de hispano  Japonés  Otro tipo de isleño del Pacífico  
*no aplican a mi persona.*

**2. Información de contacto del solicitante**  No contactarme por correo  
Dirección física: Calle \_\_\_\_\_ N° de apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es diferente a la dirección física) Calle o PO Box: \_\_\_\_\_  
N° de apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N° de teléfono preferido: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Concedo permiso para que el Programa me envíe mensajes de texto y/o correos electrónicos:  Sí  No

**3. HIV Status** *Debe completarlo el profesional de salud*  
Provider Name: \_\_\_\_\_ Will patient be prescribed ART?  Yes  No  
HIV Status:  HIV+, not AIDS  HIV+, AIDS status unknown  CDC-defined AIDS  HIV Indeterminate (infants < 2 yrs)  
HIV+ Diagnosis Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) AIDS Diagnosis Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)  
Initial Risk Factor(s) for HIV Infection *select one or more:*  
 Male who has sex with male(s)  Hemophilia/coagulation disorder  
 Injection drug use  Perinatal transmission  
 Heterosexual contact  Not reported or not identified  
 Receipt of transfusion of blood, blood components, or tissue  
Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**4. Comprobante de residencia en Utah**  
*Entregue al menos uno de los siguientes documentos que muestren su nombre y su dirección en Utah:*  
• Factura • Identificación de Utah • Declaración de apoyo  
• Documento emitido por el estado de Utah • Licencia de conducir de Utah • Documento médico oficial  
• Documento emitido por el Gobierno Federal de EE. UU. • Recibo de albergue para desamparados  
• Estado de cuenta bancario • Declaración del impuesto federal del IRS  
• Contrato de arrendamiento/hipoteca • Comprobante de pago/declaración de ingresos

**5. Estado de vivienda**  Estable y permanente  Temporal  Inestable

## 6. Tamaño del grupo familiar y estado civil

Casado:  No  Sí      Nombre del cónyuge, si también solicita: \_\_\_\_\_ Tamaño del grupo familiar: \_\_\_\_\_

### 7a. Comprobante de ingresos

¿Percibe (solo usted, no otros miembros del grupo familiar) algún ingreso?  No  Sí

Si responde sí, ¿está empleado?  No  Sí

Si responde sí, ¿trabaja 30 horas o más a la semana?  No  Sí

¿Su cónyuge percibe algún ingreso?  No  Sí  No estoy casado/a  Estoy separado/a; no recibo ayuda financiera de mi cónyuge

Si responde sí, ¿su cónyuge está empleado/a?  No  Sí

Si responde sí, ¿su cónyuge trabaja 30 horas o más en la semana?  No  Sí

Entregue al menos uno de los siguientes documentos que verifican el ingreso de su grupo familiar. Si está casado, también debe entregar la información correspondiente a su cónyuge.

• Declaración jurada de ingreso nulo o ingreso informal. **Complete la sección 7b en la siguiente página** (a saber, su grupo familiar no recibe ningunas de las fuentes de ingreso indicadas o de ninguna otra fuente). Si está casado, no se requiere una declaración jurada de su cónyuge en caso de que este no tenga ingreso. Solo debe indicar que está casado sin ingreso conyugal en este formulario de solicitud.

• Un (1) comprobante actual de pago/declaración de ingresos

• Formularios/documentos que verifiquen el ingreso de trabajador independiente (por ejemplo, el formulario del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de Programa C o E).

• Carta de la Seguridad Social/discapacidad o estado de cuenta que demuestre depósitos consistentes y consecutivos.

• Carta de ingreso de seguro suplementario (SSI) o estado de cuenta que demuestre depósitos consistentes y consecutivos del SSI.

• Declaración de desempleo del Departamento de Servicios Laborales (Department of Workforce Services, DWS).

• Carta de asistencia general del DWS.

• Carta de pensión.

• No recibo ninguna de las fuentes de ingreso descritas. Mi cónyuge u otro(s) miembro(s) del grupo familiar sí recibe(n) ingresos. Si está casado, no es necesaria una declaración jurada de ingreso nulo si su cónyuge tiene ingresos y usted no. En lugar de esto, es necesario que indique que está desempleado en este formulario y entregue la documentación del ingreso de su cónyuge.

#### CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL

Ingrese la siguiente información de su ingreso. Escriba \$0 si no hay ninguno.

Sueldos/Salario \_\_\_\_\_ Comisiones/propinas \_\_\_\_\_ Desempleo \_\_\_\_\_

Pensión/retiro \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_ Intereses y dividendos \_\_\_\_\_

Otros ingresos \_\_\_\_\_ Ayuda general \_\_\_\_\_

Renta que le paguen otras personas a usted o su cónyuge \_\_\_\_\_

Ingrese la siguiente información para todos los demás miembros del grupo familiar. Incluya el ingreso de su cónyuge. Escriba \$0 si no hay ninguno.

No aplica; el tamaño del grupo familiar es 1.

Sueldos/Salario \_\_\_\_\_ Comisiones/propinas \_\_\_\_\_ Desempleo \_\_\_\_\_

Pensión/retiro \_\_\_\_\_ Seguro social \_\_\_\_\_ Intereses y dividendos \_\_\_\_\_

Otros ingresos \_\_\_\_\_ Ayuda general \_\_\_\_\_

Renta que le paguen otras personas a usted o su cónyuge \_\_\_\_\_

REQUISITO DE ACTUALIZACIÓN Y COOPERACIÓN: entiendo que debo informar cualquier cambio en el ingreso o dinero recibido, en la composición familiar y en la información de contacto (dirección, teléfono) dentro de los 10 días de ocurrido el cambio y por escrito. Entiendo que debo suministrar toda la información necesaria para determinar mi nivel de beneficios o verificar mis verdaderas circunstancias. La cooperación incluye firmar todos los formularios y comunicados necesarios. Entiendo que no cooperar o suministrar la información incorrecta puede dar lugar a retrasos o al rechazo/finalización de los servicios.

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN: entiendo que toda la información incluida en este formulario puede ser verificada por el Programa Ryan White Parte B.

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y COMPLETA: certifico que toda la información suministrada en este formulario es precisa y completa según mi entender. El 18 USC 1001 establece, entre otras cosas, que cualquier persona que haga o utilice de manera intencionada y a sabiendas un documento con declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas, de cualquier manera, dentro de la jurisdicción de cualquier departamento u organismo de los EE.UU., será multado por hasta \$10,000, encarcelado por hasta cinco años o ambas.

**7b. Comprobante de ingreso** **DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO NULO**

Mediante la presente juro que actualmente mi grupo familiar no está percibiendo, ni espera percibir, ninguno de los ingresos indicados a continuación.

¿Cómo paga sus obligaciones financieras? \_\_\_\_\_

 **DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO INFORMAL**

Mediante la presente juro que actualmente mi grupo familiar está percibiendo o espera percibir, el(los) ingreso(s) indicado(s) a continuación.

Fuente de ingreso informal: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**Se debe indicar la cantidad mensual para cada tipo de ingreso, aun cuando la cantidad sea \$0. No se aceptan cantidades mensuales en blanco. El(los) tipo(s) y la(s) cantidad(es) de ingreso indicado(s) a continuación debe(n) coincidir con lo informado en otras partes de este formulario como comprobación de ingreso.

Tipo de ingreso	Cantidad mensual	Tipo de ingreso	Cantidad mensual	Tipo de ingreso	Cantidad mensual
Sueldos y horas extras		Ingreso del Seguro Social		Pensión de la esposa	
Pago por enfermedad o vacaciones		Seguridad de Ingreso Suplementario		Venta de activos	
Desempleo		Servicios sociales/TANF		Herencias	
Trabajo independiente		Pensión		Asistencia general	
Propinas		401(k) o IRA		Administración de veteranos	
Comisiones o bonos		Anualidades o beneficios de seguro		Prestaciones por fallecimiento	
Compensación de los trabajadores		Intereses o dividendos		Renta que le pagan otras personas a usted o su cónyuge	
Pago/subsidio militar		Indemnización por despido			
Ingresos en efectivo		Otro: (por favor, explique)			

### 8. Seguro médico

Seleccione todos los tipos de seguro médico que posee:

- Privado-Individual (Compra directa/Marketplace/COBRA)
- Privado-Empleador
- Medicare Parte A/B
- Medicare Parte D
- Medicaid, Programa de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), u otro plan público
- Administración de salud para veteranos (Veterans Health Administration, VA), Tricare u otra atención médica para la milicia
- Servicio de salud indígena (Indian Health Services, IHS)
- Otro plan: \_\_\_\_\_

Sin seguro médico / no asegurado:

- Rechazo el seguro médico que tengo disponible.
- El registro se encuentra cerrado y no tengo ni considero que tendré un evento que califique. Me inscribiré en el próximo registro.
- El registro está abierto actualmente y necesito medicamentos mientras busco seguro médico (suministro de medicamentos de 30 días).
- Estoy estableciendo la relación por primera vez/re estableciendo la relación y trabajaré con mi gestor de casos para registrarme (suministro de medicamentos de 30 días).
- Mi gestor de caso ha determinado que no soy un buen candidato para el seguro de salud. *Su gestor de casos debe entregar justificativo escrito.*
- Soy elegible para un seguro a través de mi empleador, COBRA, cónyuge, pareja, padre, Medicare, del Mercado o Ryan White Parte B.  
Cobertura efectiva: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Otro *Su gestor de casos debe entregar justificativo escrito.*

### 9. Medicaid

¿Se encuentra inscrito en Medicaid?

- Sí, estoy inscrito Tengo Primary Care Network (PCN):  No  Sí Tengo Targeted Adult Medicaid (TAM):  No  Sí  
 Tengo el Programa Pregnant Women y se estima que la cobertura finalice el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Lo solicité, pero fui rechazado. Razón del rechazo: \_\_\_\_\_
- Aún espero la decisión sobre mi elegibilidad para Medicaid:
  - Aún no se ha presentado la solicitud
  - Fecha de entrega de la solicitud: \_\_\_\_\_
- No, no lo he solicitado porque:
  - Soy un adulto no discapacitado y no reúno los requisitos de elegibilidad de TAM, por lo que no soy elegible
  - Estoy indocumentado, por lo que no soy elegible
  - Mi ingreso y activos exceden los requisitos de elegibilidad para Medicaid
  - Soy elegible para un seguro por mi empleador (incluyendo COBRA), por lo que no soy elegible
  - Soy elegible para un seguro por mi cónyuge/pareja/padres por lo que no soy elegible
  - Me registré a través de Marketplace por lo que ya fui evaluado para Medicaid y no soy elegible
  - Otra(s) razón(es) por la(s) que no he solicitado Medicaid *Su gestor de casos debe entregar justificativo escrito.*

### 10. Seguro médico a través del empleador, cónyuge, padres, Medicare o Marketplace

¿Tiene cobertura de seguro médico a través de un empleador, COBRA, cónyuge, pareja, padres, Medicare o Marketplace?

- No—complete la sección 10b en la página 5
- Sí—complete la sección 10a abajo

### 10a. Seguro médico a través del empleador, cónyuge, padres, Medicare o Marketplace

Sí, estoy registrado en el seguro médico a través de mi:  Empleador  COBRA  Cónyuge  Pareja  Padres  
 Mercado (Marketplace)  Medicare  Otro: \_\_\_\_\_

*Si usted aún no está inscrito pero será elegible para inscribirse en el futuro, entonces también necesita enviar detalles del plan y documentación de la inscripción y de la fecha efectiva.*

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Año del plan: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

¿Especialista en VIH en la red?  Yes  No *Mes de inicio* *Fin del mes*

¿Acceso a medicamentos de VIH?  Yes  No

Máximo de gastos a su cargo: \_\_\_\_\_

## 10b. Sin seguro médico a través del empleador, cónyuge o padres

### Sin seguro médico a través del empleador

- Estoy desempleado
- Mi empleador lo ofrece, pero no soy elegible:
  - Estoy indocumentado
  - Es un empleo nuevo y soy elegible:  
*\*Documento probatorio necesario*  
Fecha de inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Perdí el período de registro: *\*Documento probatorio necesario*  
Fecha de inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Trabajo medio tiempo
  - Trabajo tiempo completo, pero no soy elegible *\*Documento probatorio necesario*
  - Otro *\*Documento probatorio necesario*
- Mi empleador no se lo ofrece a nadie
- Soy autónomo y no se lo ofrezco a nadie
- Mi empleador lo ofrece, pero:
  - La cobertura es insuficiente *\*Documento probatorio necesario*
  - La cobertura es muy costosa *\*Documento probatorio necesario*
  - Rechazo el seguro médico que tengo disponible y elijo no estar asegurado
  - Mi gestor de casos ha determinado que no soy un buen candidato para el seguro médico. *\*Documento probatorio necesario*
  - Otro *\*Documento probatorio necesario*

### Sin seguro médico a través del cónyuge

- No estoy casado
- El empleador de mi cónyuge lo ofrece, pero no soy elegible:
  - Estoy indocumentado
  - Mi cónyuge está indocumentado
  - Es un empleo nuevo y soy elegible:  
*\*Documento probatorio necesario*  
Fecha de inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Perdí el período de registro: *\*Documento probatorio necesario*  
Fecha de inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Cónyuge trabaja medio tiempo
  - Cónyuge trabaja tiempo completo, pero no es elegible  
*\*Documento probatorio necesario*
  - Otro *\*Documento probatorio necesario*
- Mi cónyuge es autónomo y no lo ofrece a nadie
- Mi cónyuge falleció y no me he vuelto a casar
- Mi cónyuge está desempleado
- El empleador de mi cónyuge no se lo ofrece a nadie
- El empleador de mi cónyuge lo ofrece, pero:
  - La cobertura es insuficiente *\*Documento probatorio necesario*
  - La cobertura es muy costosa *\*Documento probatorio necesario*
  - Rechazo el seguro médico que tengo disponible y elijo no estar asegurado
  - Mi gestor de casos ha determinado que no soy un buen candidato para la Cobertura seguro médico.  
*\*Documento probatorio necesario*
  - Otro *\*Documento probatorio necesario*
- Mi cónyuge se niega a ofrecérmelo
- No estoy en contacto con mi cónyuge
- Estoy separado/a; no recibo apoyo del seguro médico de mi cónyuge

### Sin seguro médico a través de los padres

- Tengo 26 o más años de edad
- Mi padre/madre está desempleado(a)
- No estoy en contacto con ninguno de mis padres
- El empleador de mi padre/madre lo ofrece, pero no soy elegible:
  - Estoy indocumentado
  - Es un empleo nuevo y soy elegible:  
*\*Documento probatorio necesario*  
Fecha de inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - Perdí el período de registro: *\*Documento probatorio necesario*  
Fecha de inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha efectiva \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - El padre/la madre trabaja medio tiempo
  - El padre/la madre trabaja tiempo completo, pero no es elegible *\*Documento probatorio necesario*
  - Otro *\*Documento probatorio necesario*
- Mi padre/madre es autónomo(a) y no se lo ofrece a nadie
- El empleador de mi padre/madre no se lo ofrece a nadie
- Mi padre/madre falleció/fallecieron
- Mi padre/madre se niega(n) a ofrecérmelo
- El empleador de mi padre/madre lo ofrece, pero:
  - La cobertura es insuficiente *\*Documento probatorio necesario*
  - La cobertura es muy costosa *\*Documento probatorio necesario*
  - Rechazo el seguro médico que tengo disponible y elijo no estar asegurado
  - Mi gestor de casos ha determinado que no soy un buen candidato para el seguro médico. *\*Documento probatorio necesario*
  - Rechazo utilizar el plan de mi padre/madre *\*Documento probatorio necesario si busca servicios de aseguramiento*
  - Otro *\*Documento probatorio necesario*

## 11. Autorización para divulgar información

No aplica

Por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud de Utah, Programa Ryan White Parte B a divulgar la información a los siguientes individuos:

Nombre (por favor, letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre (por favor, letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre (por favor, letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Esta solicitud y autorización aplica a la información obtenida a través de las actividades del Programa Ryan White Parte B de Utah. Entiendo que mis registros están protegidos por las normas federales y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento escrito, a menos que dichas normas estipulen lo contrario. Este documento sirve como mi consentimiento para la divulgación de información a los individuos mencionados anteriormente. También entiendo que puedo revocar dicho consentimiento en cualquier momento y por escrito, excepto cualquier acción realizada dependiendo del mismo.

## 12. Derechos y responsabilidades del cliente

### *Clientes que tienen acceso a los servicios de seguro de ADAP Health Insurance (ADAP-I):*

El Programa Ryan White Parte B de Utah (Programa Parte B) está ayudando a pagar mis primas, deducibles, coseguros y copagos del seguro médico a través de los servicios de ADAP-I. Entiendo que debo cumplir con las siguientes responsabilidades a fin de continuar recibiendo dicha ayuda.

- Entiendo que soy el titular de la póliza del plan de seguro pagado por el Programa Parte B y que debo compartir cualquier carta, factura o comunicación que reciba de la compañía aseguradora con mi gestor de casos.
- Entiendo que debo recertificar mi participación en el Programa Parte B cada seis meses o estaré en riesgo de que se cancele mi plan de seguro. Si no lo hago, seré considerado no elegible para el Programa Parte B y seré responsable de pagarle al Programa cualquier dinero gastado en mi seguro durante el tiempo que no realicé la recertificación, lo que puede incluir primas mensuales, deducibles, coseguros y/o copagos.
- Entiendo que, si recibo un cheque de reembolso de la compañía aseguradora, debo regresar ese dinero al Programa Parte B. Entiendo que si no realizo arreglos de pago con el programa, no seré elegible para continuar recibiendo sus servicios.
- Entiendo que, si recibo un reembolso de mi declaración de impuestos debido a un pago insuficiente de créditos fiscales de primas a través de Health Insurance Marketplace, debo regresar ese dinero al Programa Parte B. Entiendo que, si no realizo los arreglos de pago con el programa, no seré elegible para continuar recibiendo sus servicios.
- Entiendo que, si le debo dinero al Programa Parte B debido a un sobrepago del seguro, el incumplimiento de la recertificación cada seis meses debido a pago insuficiente de créditos fiscales de primas de Marketplace u otra razón, puedo entrar en un plan de pago a fin de continuar recibiendo ayuda del programa.
- Entiendo que, si no devuelvo o pago cualquier dinero debido al Programa Parte B, no continuaré recibiendo ayuda del mismo.

### *Clientes sin seguro de salud con acceso a los servicios de medicamentos ADAP Medication (ADAP-M):*

Puede haber graves consecuencias si, por cualquier motivo, usted no tiene seguro médico y desea continuar recibiendo servicios del Programa Ryan White Parte B (Programa Parte B), incluyendo la asistencia de medicamentos ADAP- Medication Assistance (ADAP-M).

- De acuerdo a la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA), la sanción por no tener seguro médico en 2018 es de \$695.00 por persona o 2.5% del ingreso anual de su grupo familiar, lo que represente la mayor cantidad. El Programa Parte B **no** le ayudará a pagar esta sanción. Tendrá que pagarla usted mismo. Algunas personas pueden estar exentas de dicha sanción (no tienen que pagarla). Por ejemplo, si usted no produce suficiente dinero para declarar impuestos, usted está exento de la penalización.
- Si no tiene seguro médico y participa en el Programa Plan B, solo podrá obtener medicamentos indicados en el Formulario ADAP-M y solo podrá consultar médicos y profesionales del programa.
- Si el Programa Parte B no tiene suficiente dinero para ayudar a todos, habrá personas que serán colocadas en una lista de espera. Las personas que eligen no tener seguro médico, aun pudiendo tenerlo, podrían ver afectado su lugar la lista de espera a causa de dicha elección.

## 12. Derechos y responsabilidades del cliente (continuación)

*Cientes con acceso a cualquier servicio del Programa Ryan White Parte B (Programa Parte B):*

Como cliente del Programa Parte B, usted tiene **derecho** a:

- Ser tratado con respeto, dignidad, consideración y compasión.
- Recibir servicios sin discriminación de raza, color, etnia, nacionalidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, religión, edad, clase o habilidad física o mental.
- Recibir información en los términos e idioma que pueda entender y que sea culturalmente apropiado.
- Participar en la creación de un plan de servicios.
- Llegar a un acuerdo con su gestor de casos sobre la frecuencia de contacto que mantendrá, sea en persona o vía telefónica.
- Retirar su consentimiento voluntario de participar en servicios de gestión de casos sin que afecte su cuidado médico u otros beneficios a los que tenga derecho.
- Ser informado acerca de los servicios y las opciones disponibles para usted, incluyendo los costos.
- La garantía de confidencialidad de toda la información personal, comunicaciones y registros.
- No estar sujeto a ningún abuso o amenaza física, sexual, verbal y/o emocional.
- Realizar reclamos acerca de los servicios que está recibiendo o la negación de los mismos, de acuerdo a la Política de Reclamos del Programa Parte B.

Como cliente del Programa Parte B, usted tiene la **responsabilidad** de:

- Tratar a otros clientes, voluntarios y personal con respeto y cortesía.
- Proteger la confidencialidad de los otros clientes que encuentre.
- No ingerir alcohol o medicamentos que alteren al sistema nervioso mientras reciba los servicios del Programa Parte B o mientras hable por teléfono con un proveedor de servicios.
- Participar en la creación de un plan de servicios y ser activo en la realización del mismo.
- Informar a su gestor de casos acerca de cualquier inquietud que tenga sobre el plan de gestión del caso o cambios que ocurran en sus necesidades.
- Programar y mantener citas lo mejor que pueda o llamar para cancelar o cambiar una cita a tiempo, siempre que sea posible.
- Mantenerse en contacto con su gestor de casos informándole inmediatamente cualquier cambio que ocurra en su salud, ingresos, activos, seguro médico, residencia/dirección, número de teléfono, estado civil, tamaño de su grupo familiar y/o condiciones de vivienda y respondiendo las llamadas o cartas de su gestor de casos lo mejor que pueda.
- Responder las llamadas y cartas del Programa Parte B, lo mejor que pueda.
- Entregar al Programa Parte B una solicitud de recertificación completa cada seis meses.
- Abstenerse de falsificar intencionadamente cualquier documento o información relacionada con la elegibilidad.
- Abstenerse de causar abusos o hacer amenazas físicas, sexuales, verbales o emocionales a clientes, personal o voluntarios (incluyendo el personal de farmacia).

Entiendo los derechos y responsabilidades de los clientes y acuerdo cumplir con ellos. Entiendo que el incumplimiento de mis responsabilidades puede causar la finalización del Programa Parte B. Entiendo la Política de Reclamos del Programa Parte B a la que se hace referencia. Entiendo que puedo solicitar y recibir una copia de dicha política en cualquier momento.

\*Por favor tenga en cuenta: las farmacias donde se distribuyen medicamentos para los clientes elegibles del ADAP son independientes del Programa Parte B. Cada red farmacéutica y/o farmacia individual se reserva el derecho de negar el servicio a cualquier persona, incluyendo clientes ADAP elegibles. Si una red farmacéutica o farmacia ejerce su derecho de negar servicio a un cliente elegible ADAP, dicho cliente deberá requerir los servicios en otra farmacia.

## 13. Consentimiento de divulgación

Entiendo que mis registros están protegidos por las normas estatales y federales y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que la información puede ser divulgada con propósitos de facturación, auditorías, supervisión/administración de calidad del programa, información de datos, seguro médico, evaluación de necesidades y la provisión de servicios. Este documento sirve como mi consentimiento para la divulgación de información. También entiendo que puedo revocarlo en cualquier momento y por escrito, excepto por cualquier acción realizada dependiendo del mismo.

## 14. Garantía de precisión e integridad de la solicitud

Certifico que toda la información suministrada en este formulario es verdadera, correcta y completa según mi entender. Entiendo que el suministro de información falsa puede descalificarme para los servicios del Programa Ryan White Parte B. El programa no puede pagar los servicios que han sido pagados o pueden ser razonablemente pagados por cualquier entidad estatal, federal o privada que proporcione beneficios de salud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, por favor llame a:

Ambulatorio 1A: 801-585-2670 Fundación para el SIDA Utah: 801-487-2323 Departamento de Salud de Utah: 801-538-6197